ITEM 357 : PÉRITONITE AIGUË

Péritonite = inflammation aiguë du péritoine, localisée ou généralisée, de cause le plus souvent infectieuse.
- Péritonite localisée = dissémination microbienne → dilatation capillaire et augmentation de la perméabilité péritonéale → épanchement liquidien septique : peut guérir spontanément, rester localisée (**plastron** ou **abcès**) ou se généraliser.
- Péritonite généralisée :
  - **FDR** : concentration élevée de micro-organismes, immunodépression, germes virulents.
  - **Séquestration liquidienne** → déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle.
  - **Hyperperméabilité péritonéale** avec **libération d'endotoxines** → choc septique, SDRA, nécrose tubulaire aiguë, CIVD, embole septique, thrombose portale septique (pyléphlébite).

CLASSIFICATION DE HAMBOURG

Péritonite primaire

= **Infection spontanée mono-bactérienne** du péritoine, d'origine hématogène ou par translocation.
- **Infection du liquide d'ascite** chez le cirrhotique.
- **Infection à staphylocoque** sur cathéter chez le patient dialysé péritonéale.
- **Péritonite spontanée à pneumocoque de l'adulte.**
- **Péritonite tuberculeuse.**

Péritonite secondaire *90 %*

= Liées à la **diffusion** d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif.

Infection/perforation intra-abdominale
- **Appendicite** (cause la plus fréquente chez l'enfant).
- **Diverticulite sigmoïdienne.**
- **Perforation d'ulcère gastroduodénal.**
- **Cholécystite.**
- **Infarctus mésentérique, volvulus.**
- **Perforation digestive tumorale** ou **diastatique** en amont d'un obstacle.
- **Colite** : **maladie de Crohn, RCH, typhoïde…**

Post-opératoire
- **Désunion anastomotique.**
- **Contamination per-opératoire.**

Post-traumatique
- **Plaie pénétrante.**
- Traumatisme fermé : **perforation** ou **ischémie digestive.**
- **Perforation endoscopique** ou **corps étranger.**

Péritonite tertiaire

= Infection abdominale **persistante** malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions) : surinfection de la cavité abdominale par **des micro-organismes peu virulents (synergie)** mais devenus résistants ou des **levures.**

DG

Physio

Grande majorité des péritonites = péritonites secondaires → réservoir des germes = digestif.
Péritonites sus mésocoliques : E. coli, streptocoques, rarement staphylocoques.
Péritonites sous mésocoliques : anaérobies.
Perforation colique : polymicrobiens.
NB : L'entérocoque (résistance naturelle aux C3G) n'est pas pris en compte dans le traitement probabiliste des péritonites communautaires (rôle pathogène non démontré).

C +++

- **Douleur abdominale** : intense, généralisée ou parfois localisée, de début brutal ou progressivement croissante, accompagnée ou non de **signes infectieux** (fièvre, frissons, hypothermie…) selon la cause.
- **Signes d'irritation péritonéale** :
  - **Contracture** : contraction rigide, tonique, **invincible**, permanente douloureuse des muscles abdominaux.
  - **Défense** (contracture réflexe et involontaire des muscles de la sangle abdominale lors de la dépression de la paroi abdominale).
  - **Douleur aiguë à la palpation du cul-de-sac de Douglas** au **TR.**
  - **Douleur vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque.**
  - **Iléus associant une distension abdominale, des nausées, des vomissements, et un arrêt du transit et des gaz.**
  - **Dyspnée, hoquet**
- **Attention aux signes fonctionnels urinaires révélant un abcès du cul de sac de Douglas.**
→ Les signes péritonéaux peuvent être modérés, voire absent (notamment chez le sujet âgé ou dénutri, ou le nourrisson) ou difficiles à évaluer (notamment chez un patient obèse ou dans le coma).
- Recherche de **signes de gravité → intervention en urgence sans examen complémentaire** en cas de **choc.**
- **Tableau possible de péritonite asthénique** = forme pauci-symptomatique → FDR = âge élevé, immunodépression, dénutrition majeure, ATB préalable.
- **Signes de gravité :** présence d'un sepsis ou d'un choc septique.

Chez l'enfant

Classiquement, **tableau d'occlusion fébrile douloureuse** avec douleurs abdo vives, paroxystiques, provoqués par le mouvement ou la palpation, vomissements/refus alimentaire, des troubles du transit : (arrêt des gaz et matières, parfois une diarrhée paradoxale incoercible), de la fièvre à 39 - 40 °C, autres signes fonctionnels similaires à ceux des adultes.

<table>
<tr><td rowspan="5"></td><td>Bio</td><td colspan="2">= NFS, CRP, bilan de coagulation, groupage sanguin, ionogramme, bilan rénal, GDS, hémocultures, bilan hépatique, ECBU.
- Recherche de signes de gravité : insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">PC</td><td colspan="2">➝ Diagnostic clinique +++ : les examens complémentaires en précisent l’origine et la prise en charge, mais ne doivent pas retarder le traitement, et leur normalité ne doit pas faire remettre en cause le diagnostic.</td></tr>
<tr><td>ASP</td><td>Aucun intérêt de l’ASP.</td></tr>
<tr><td>Échographie abdominale</td><td>Intérêt chez le nourrisson/enfant.
- Épanchement diffus (absence n’élimine pas le diagnostic).
- Appendicite potentiellement non visualisable du fait d’une perforation ou d’un météorisme.</td></tr>
<tr><td>TDM AP injecté</td><td>= Examen de référence chez l’adulte, d’autant plus utile :
• En cas d’examen clinique douteux (ID, péritonite asthénique du vieillard) ou difficile (obèse, péritonite post-opératoire, traumatisé de l’abdomen).
• Avant chirurgie si patient stable (permet d’orienter le geste).
- Repère les signes de péritonite : pneumopéritoine = épanchement gazeux intrapéritonéal (meilleure sensibilité que l’ASP), épanchement liquidien intra-abdominal, rehaussement des feuillets péritonéaux.
- Signe étiologique : diverticulite, infiltration péri-appendiculaire, abcès…
- Recherche complications.
- À éviter chez l’enfant mais à réaliser si nécessité d’aide au diagnostic avec autres examens non contributifs.
NB : même si elle n’est pas nécessaire au diagnostic, la TDM est largement réalisée chez adulte.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">ÉTIOLOGIES</td><td colspan="3"><table>
<tr><th>Causes principales</th><th>Début</th><th>Localisation des signes max</th><th>Fièvre/GB élevés</th><th>Pneumopéritoine</th></tr>
<tr><td>Appendiculaire</td><td>Progressif</td><td>Fosse iliaque droite</td><td>OUI</td><td>NON</td></tr>
<tr><td>Perforation d’ulcère</td><td>Brutal</td><td>Épigastre</td><td>NON au début</td><td>OUI</td></tr>
<tr><td>Perforation de diverticulite</td><td>Progressif</td><td>Fosse iliaque gauche</td><td>OUI</td><td>OUI</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Perforation d’UGD</td><td colspan="2">= Tableau péritonéal sans fièvre et avec pneumopéritoine (tympanisme pré-hépatique).
- Contexte : antécédent d’ulcères, prise de médicament gastro-toxique (AINS ++).
- Douleur épigastrique de début brutal, diffusant ensuite à tout l’abdomen.
- Absence de fièvre (ou de syndrome inflammatoire biologique) < 24 h : péritonite chimique.
- Contracture généralisée, ou localisée épigastrique avec défense dans le reste de l’abdomen.
/!\ Endoscopie digestive haute formellement contre-indiquée /!\</td></tr>
<tr><td>Péritonite diverticulaire</td><td colspan="2">= Péritonite généralisée d’emblée (perforation brutale : péritonite en 1 temps) ou par perforation 2ndr d’un abcès péri-sigmoïdien compliquant une diverticulite (péritonite en 2 temps).
- Douleur de la fosse iliaque gauche dans un contexte infectieux.
- Signes péritonéaux dans un 2d temps : douleur généralisée, syndrome infectieux marqué.
- Signes de choc (notamment en cas de péritonite stercorale, fréquente).
- Contracture généralisée ou localisée de la FIG avec défense des autres quadrants, TR douloureux.
- ASP/RP : pneumopéritoine (souvent volumineux et bilatéral), iléus paralytique.
- TDM : diverticulite = infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne, abcès, liquide intra-abdominal.</td></tr>
<tr><td>Péritonite appendiculaire</td><td colspan="2">= Péritonite généralisée d’emblée ou en 2 ou 3 temps (complique un abcès ou un plastron).
- Sujet jeune avec douleur de la FID progressivement croissante, fébricule.
- Secondairement : douleur intense et généralisée à tout l’abdomen.
- ASP : ø pneumopéritoine (le bas fond caecal ne communique pas avec la cavité péritonéale).</td></tr>
<tr><td>Péritonite post-opératoire</td><td colspan="2">= Fistule d’une anastomose digestive ou plaie opératoire méconnue de l’intestin : à J5-J7 ++.
- Diagnostic souvent compliqué : douleur attribuée à l’opération ou masquée par l’antalgie, iléus imputé à l’opération, syndrome inflammatoire imputé à l’opération ou à une autre cause post-op.
➝ À évoquer devant :
• Fièvre survenant quelques jours après une chirurgie abdominale.
• Dégradation inexpliquée des fonctions vitales.
- Scanner avec opacification digestive : réalisé en l’absence d’autre cause de fièvre évidente.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>Chez l'enfant</td><td colspan="2">Principales causes de péritonites chez l'enfant :
- Appendiculaire, dans la grande majorité des cas.
- Par perforation d'organe creux (diverticule de Meckel infecté, lésion intestinale traumatique, invagination intestinale aigüe, occlusion intestinale avec souffrance digestive), parfois.
- Primitive (infection à pneumocoque) ou sur cathéter de dialyse péritonéale, rarement.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">PRISE EN CHARGE DES PERITONITES SECONDAIRES</td><td colspan="3">➝ <u>Urgence chirurgicale</u>
- Mise en conditions : pose de 2 VVP, réhydratation IV, correction des troubles hydroélectrolytiques.
- NFS, RAI, Groupe sanguin, hémostase, ionogramme, hémoc.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ATB IV</td><td>Non compliquée</td><td>- En 1re intention : C3G + métronidazole ou Augmentin® + gentamicine.
- Alternative si allergie : lévofloxacine + gentamicine + métronidazole.</td></tr>
<tr><td>Sepsis grave/choc</td><td>- Pipéracilline-tazobactam ± gentamicine si choc septique, péritonite nosocomiale/ postopératoire.
± Echinocandine si ≥ 3 FDR :
• Choc septique.
• Chirurgie sus-mésocolique.
• Femme.
• Antibiothérapie depuis > 48 h.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Adaptée secondairement à l'hémoculture ou au prélèvement per-opératoire mais doit systématiquement prendre en compte les entérobactéries et les germes digestifs anaérobies (= principaux germes digestifs) du fait de leur fréquence et leur difficulté d'isolement au laboratoire.
- Durée courte :
• 48 h si péritonite localisée.
• 5 jours si péritonite généralisée non compliquée.
• Étendu jusqu'à 8 à 15 jours si sévère ou formes nosocomiales (+/- ajout antifongique).
NB : pour la fiche LiSA le ttt antibiotique est habituellement prescrit pour une durée de 4 jours pour les péritonites communautaires non compliquées.</td></tr>
<tr><td>TTT chirurgical</td><td colspan="2">- Abord :
• Par laparotomie médiane généralement.
• Possible par cœlioscopie : péritonite non grave appendiculaire ou par perforation d'ulcère.
- Exploration complète et prélèvements bactériologiques multiples.
- Traitement d'une perforation digestive selon la cause : appendicectomie, suture d'ulcère.
- En règle générale, pas d'anastomose ou anastomose protégée par une stomie d'amont si résection digestive.
- Lavage abondant de la cavité abdominale avec plusieurs litres de sérum tiède ± drains abdominaux (dilution des germes).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PEC</td><td>Surveillance</td><td colspan="2">- Signes généraux : hémodynamique, diurèse, fonction ventilatoire, fièvre.
- Signes locaux : reprise du transit, disparition des signes péritonéaux.
- Biologique : normalisation des PNN, baisse de la CRP et de la fonction rénale.</td></tr>
<tr><td>En l'absence d'amélioration</td><td colspan="2">- Conséquence toxinique : SDRA, nécrose tubulaire aiguë.
- Lâchage de suture.
- Abcès résiduel (notamment sous phrénique ou Douglas).
- Infection urinaire ou sur cathéter.
- Antibiothérapie inadaptée ou posologie insuffisante.
- Accident thromboembolique.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">AUTRES FORMES</td><td rowspan="2">Péritonite primaire</td><td colspan="2">= TTT médical : hospitalisation et antibiothérapie probabiliste en attendant l'antibiogramme.</td></tr>
<tr><td>Dialysé péritonéal</td><td>= Généralement à staphylocoque, BGN ou Candida :
- Application intra-péritonéale de vancomycine + aminoside.
- Discuter l'ablation du cathéter de dialyse en l'absence de réponse en 48 h.</td></tr>
<tr><td>Péritonite tertiaire</td><td colspan="2">- Patient souvent en défaillance viscérale multiple (intubés-ventilés, en réanimation).
- Microorganismes : nosocomiaux, souvent multi-résistants, difficile à traiter ➝ 30 % de mortalité.
- TTT chirurgical souvent impossible (état général ou état local) ➝ radiologie interventionnelle.</td></tr>
</table>